



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC  
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITE REGIONAL

Trente-quatrième session  
Manille

WPR/RC34/SR/6  
7 septembre 1983

ORIGINAL: ANGLAIS

COMPTE RENDU ANALYTIQUE PROVISOIRE DE LA SIXIEME SEANCE

Salle de conférences de l'OMS, Manille  
Mercredi 7 septembre 1983, à 14 h 30

PRESIDENT: Datuk (Dr) Abdul Khalid Sahan (Malaisie)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (suite) .....	3
1.1 Surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies .....	3
2. Composition du Sous-Comité du Programme général de travail .....	10
3. Corrélation entre les travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional .....	11
3.1 Examen des résolutions adoptées par la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa soixante et onzième session .....	11

Note: Toute rectification au présent compte rendu analytique devra être  
communiquée à l'administratrice responsable du programme et des  
rapports, bureau 326, ou remise au guichet de renseignements situé  
à l'entrée de la salle de conférences dans les 24 heures suivant  
sa distribution.

La liste des représentants à la trente-quatrième session est donnée séparément dans le document WPR/RC34/DIV/1.

1. STRATEGIE DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000 : Point 13 de l'ordre du jour (suite de la cinquième séance, section 4).
- 1.1 Surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies : Point 13.1 de l'ordre du jour (Document WPR/RC34/7) (suite de la cinquième séance, section 4).

Le Dr TAPA (Tonga) a fait l'éloge du rapport complet et a fait siennes les observations du Sous-Comité, dont il partage la préoccupation, en particulier quant au fait que seulement la moitié des pays ou zones de la Région ont répondu en renvoyant des rapports sur les progrès réalisés. Il prie l'OMS de prendre les mesures appropriées pour encore stimuler les réponses et il en appelle aux Etats Membres de la Région qui doivent faire preuve de solidarité et partager leurs expériences.

Le PRESIDENT indique qu'il a appris que d'autres rapports ont été reçus après la préparation du rapport du Sous-Comité, au nombre desquels se trouve celui des Tonga.

Il rappelle que le Comité régional a statué sur la procédure à suivre pour la surveillance continue au cours de sa session de 1981, lorsqu'il a adopté la stratégie régionale, si bien que les rapports que le Comité a sous les yeux ne sont qu'une première réponse. Il ne doute pas que des rapports ultérieurs feront apparaître le profit que l'on peut tirer d'une expérience plus longue. Apprenant que l'OMS a eu accès à d'autres sources d'information, il demande de les préciser.

Certains problèmes sont survenus lors de l'interprétation des questions, en particulier des questions libres, qui n'avaient pas manqué naturellement de donner libre cours à une grande variété de réponses. Dans la mesure où un chiffre simple ne donne jamais une idée satisfaisante d'un problème, il insiste pour que les pays qui instaurent des indicateurs nationaux utilisent un ensemble de données, ou donnent un intervalle de variations qui permettrait d'effectuer une surveillance réaliste des progrès réalisés.

Peut-être le temps est-il venu de soumettre à nouveau aux pays le nouveau format qui pourrait constituer la base du rapport au Comité régional en 1984.

Il attire l'attention sur le rapport d'un Groupe de travail sur les Indicateurs pour la surveillance continue et l'évaluation des stratégies de la Santé pour tous d'ici l'an 2000, réuni au Bureau régional du 2 au 9 mars 1982. Le rapport contient des recommandations sur les indicateurs et il encourage les membres à promouvoir l'utilisation des indicateurs nationaux en conséquence.

Le Dr HAN, (Directeur de la gestion des programmes) en réponse au point soulevé jusqu'à maintenant dans la discussion, indique que le taux de réponse au questionnaire se situe aux alentours de 65% (21 des 32 pays ou zones sollicités), puisque 16 rapports ont été reçus avant la préparation du rapport par le Sous-Comité et 5 autres par la suite, y compris, il désire le confirmer, celui des Tonga; le taux serait plus élevé (plus de 70%) si seuls les membres de l'OMS avaient été comptés, (15 de 21). Cela place la Région du Pacifique occidental à la quatrième place; la Région du Sud-Est asiatique, qui ne couvre que 11 pays, n'ayant guère eu de difficultés à atteindre un taux de réponse de 100%, alors que l'Europe a le plus faible avec 34%.

Les questions ont été formulées de telle manière qu'elles ne facilitent pas la formulation des réponses par les pays. Les pays ont été priés de répondre à des "questions sur des questions", comme les a appelées le représentant de la Nouvelle-Zélande, afin d'apporter une information en retour pour la session du Comité régional, mais le temps a manqué pour mener à bien ce processus et, étant donné le petit nombre de membres du Sous-Comité, les réponses qu'on a pu y apporter ont été nécessairement très limitées. En 1985 aura lieu une évaluation de l'efficacité des stratégies: elle pourrait utiliser le même format; dans l'entre-temps, des discussions ont été menées à l'échelon mondial par le Groupe de travail pour le développement du programme, composé des directeurs de la gestion des programmes. Le secrétariat a estimé que certaines questions pourraient être reformulées. Comme le représentant des Etats-Unis l'a indiqué, certaines des questions ont été formulées d'une manière qui évoque une réponse trop positive et elles n'ont pas donné la possibilité d'expliquer les problèmes et les contraintes; ces éléments seront pris en compte dans l'évaluation de 1985.

Au deuxième tour, après la surveillance continue et l'évaluation, les questions seront considérablement clarifiées. Le Bureau régional est par conséquent préparé à renvoyer les questions aux pays, afin d'améliorer le processus de consultation, puisque tous les deux ans aurait lieu une épreuve soit de surveillance continue, soit d'évaluation.

En 1984, conformément au plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale, le Comité régional doit examiner les indicateurs et on a pensé que le Sous-Comité pourrait se voir attribuer cette fonction.

Pour répondre à la question du Président sur les autres sources d'information, le Dr Han indique qu'en plus des rapports des gouvernements, l'OMS a consulté des rapports des Nations Unies, de l'ESCAP, de la FAO, d'agences telles que le Bureau des population ainsi que ses propres rapports trimestriels et annuels et les anciens rapports des Etats Membres aux sessions du Comité régional, les dossiers sur le pays et les relevés épidémiologiques.

Le PRESIDENT invite le Comité à faire ses commentaires sur l'Annexe I du document WPR/RC34/7, point par point.

#### Point 1

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique) suggère que la question soit reformulée afin de faire apparaître dans quelle mesure les politiques, stratégies, plans d'action régionaux et les orientations des programmes dans la Région sont ou ne sont pas pertinents.

#### Point 2

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) indique que la question ne reflète pas correctement l'idée selon laquelle la santé est une question d'auto-suffisance plutôt que de dépendance.

Le PRESIDENT indique que la question essaie d'établir dans quelle mesure la collaboration entre l'OMS et les Etats Membres est pertinente.

#### Point 3

Le PRESIDENT suggère que l'énoncé de la question soit ré-examiné, étant donné la difficulté qu'il y a à évaluer avec une précision quelconque l'ampleur des progrès réalisés.

Le Dr MERCADO (Directeur de la Section de développement et de planification des services de santé) fait observer que le rapport que le Comité a sous les yeux est une synthèse régionale qui repose sur six questions. Les points 3 et 4 du rapport présentent un résumé des réponses à environ 13 questions reprises dans les rapports des pays.

Point 4

Il n'y a pas de commentaire.

Point 5

Il n'y a pas de commentaire.

Point 6

Le Dr SUNG WOO LEE (République de Corée) dit que son pays est occupé à développer un projet de démonstration de soins de santé primaires en zone urbaine avec l'assistance du FISE et il apprécierait que l'OMS participe à sa formulation.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond que lors des discussions qu'il a eues avec son homologue à l'Institut coréen de démographie et de santé, aucune indication précise n'a été formulée quant à la part de travail qui reviendrait à l'OMS dans ce projet. Il est peut-être souhaitable que la République de Corée n'inclut pas une composante soins de santé primaires en zone urbaine au stade initial du projet du FISE. Il y aura sans aucun doute de nombreuses autres occasions de discuter ce sujet avec le représentant de la République de Corée au Sous-Comité. Les soins de santé primaires en zone urbaine sont un nouveau domaine d'étude pour l'OMS et pose des problèmes extrêmement difficiles en particulier dans les grandes villes où le taux de changement de population est extrêmement élevé.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) pense que le Comité ne dispose pas d'informations suffisantes pour pouvoir décider si le Bureau régional réalise efficacement le travail qu'on attend de lui. De plus, il semble incongru qu'un Sous-Comité fasse rapport sur les activités d'un des principaux comités de l'OMS, comme la question semblait l'impliquer.

Point 7

Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) observe d'une manière générale que la signification des indicateurs mondiaux n'est pas toujours claire et suggère que le Sous-Comité envisage de réviser certaines des définitions à un stade ultérieur.

Indicateur mondial 1

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 2

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 3

Le PRESIDENT remarque que le terme "santé" peut être interprété de tant de manières différentes que l'indicateur ne peut apporter aucune image précise.

Indicateur mondial 4

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 5

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 6

Le PRESIDENT a l'impression que l'énoncé de cet indicateur devrait être réexaminé.

Indicateur mondial 7.1

Le Dr SUNG WOO LEE (République de Corée) se demande si la disponibilité de l'eau potable à 15 minutes de marche est réellement une norme acceptable pour la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Indicateur mondial 7.2

En réponse à une question du Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande), le PRESIDENT confirme que cet indicateur se rapporte aux déchets domestiques et non aux déchets industriels.

Indicateur mondial 7.3(a)

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 7.3(b)

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 7.3(c)

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 7.3(d)

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique) regrette que cet indicateur ne soit exprimé qu'en termes quantitatifs. Comme c'est le cas avec les indicateurs 7.3(a), (b) et (c), le sujet de préoccupation repose davantage sur le nombre de vaccinations à effectuer plutôt que sur le succès qu'elles ont rencontré pour la réduction de l'incidence de la maladie.

Indicateur mondial 7.4

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 7.5

Le PRESIDENT se demande si les termes "personnel qualifié" comprennent les sages-femmes traditionnelles ayant reçu une certaine formation ou seulement les sages-femmes d'Etat et le personnel assimilé.

Indicateur mondial 7.6

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 8.1

Le PRESIDENT se demande si l'information pertinente pourrait être récoltée en routine ou bien si elle devrait passer des enquêtes statistiques fiables.

Indicateur mondial 8.2

Le PRESIDENT, parlant en tant que représentant de Malaisie, dit que son pays ne dispose pas encore de courbes de croissance nationale qui donnent une analyse du poids en fonction de l'âge.

Indicateur mondial 9

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 10

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 11

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur mondial 12

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateurs régionaux

Indicateur régional 1

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur régional 2

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur régional 3

Il n'y a pas de commentaire.

Indicateur régional 4

Il n'y a pas de commentaire.

Le Dr NAIR (Conseiller régional pour la nutrition), examinant l'information fournie relativement aux indicateurs 3 et 4, note que le régime calorique disponible par habitant et par jour dans la Région oscille entre 1767 et 3500 calories. Dix pays se trouvent en-dessous du seuil de 2500, et 12 pays se trouvent au-dessus. L'apport protéinique par jour et

par habitant se situe entre 40 et 109 grammes. Si l'on prend 70 grammes comme chiffre idéal, huit pays seulement se situent au-dessus et 14 en-deça, dont quatre dans l'intervalle très bas 40-45 grammes. Compte tenu des limites d'interprétation de l'apport calorique, on peut considérer ces chiffres comme révélateurs d'une carence protéino-calorique grave dans quatre pays et modérée dans dix autres.

#### Indicateur régional 5

Il n'y a pas de commentaire.

#### Indicateur régional 6

Le PRESIDENT fait observer qu'en Malaisie l'incidence de la méningite tuberculeuse et de la tuberculose primaire de l'enfant a diminué depuis la mise en place du programme de vaccination par le BCG il y a six ans. Toutefois, l'incidence chez les adultes n'a pas beaucoup varié. Etant donné la réaction plus rapide chez les enfants, il semble intéressant de séparer les chiffres pour les enfants et les adultes. Les cas de rougeole sont très nettement sous-notifiés en Malaisie, peut-être parce qu'on pense généralement qu'il s'agit d'une maladie normale de l'enfance. Les gens ont souvent recours à la médecine traditionnelle et peu de cas parviennent jusqu'à l'hôpital. La vaccination a débuté en 1982.

La vaccination contre la diphtérie a été très efficace; la flambée survenue au Sarawak en 1982 était due à la mauvaise couverture d'une collectivité donnée.

#### Indicateur régional 7

M. SUBRAMANIAN (Conseiller régional pour l'information sanitaire) dit qu'il était prévu que la rétro-information fournie par le premier questionnaire envoyé aux Etats Membres aide à dégager les secteurs appelant une amélioration du point de vue de la mise en oeuvre des stratégies, de la mise au point du système d'information sanitaire et du questionnaire lui-même. La pertinence des indicateurs mondiaux ne peut être déterminée que dans un contexte national. Les représentants se souviendront qu'un nombre minimal d'indicateurs mondiaux a été choisi pour la surveillance de la mise en oeuvre de la stratégie mondiale; la réalisation à 100% des objectifs fixé par ces indicateurs serait le signe que l'objectif mondial de la santé pour tous a été atteint. Les problèmes rencontrés seraient transmis au Siège de l'OMS et, par les voies appropriées à l'Assemblée mondiale de la Santé qui a approuvé les indicateurs mondiaux. Il faut noter que bon nombre des points de définition soulevés par des représentants l'ont déjà été lors de la réunion en 1982 du groupe de travail sur les indicateurs pour la surveillance continue et l'évaluation des stratégies de la santé pour tous. Lorsque les observations du Comité seront transmises à l'Assemblée de la Santé, on profitera de l'occasion pour revoir la définition et la portée des indicateurs régionaux.

Fait intéressant, on a constaté que l'information même lorsqu'elle n'était pas fournie par le pays pour l'actuelle notification, était néanmoins disponible; il faut simplement qu'elle soit traitée, analysée et utilisée. Le Ministère de la Santé n'est pas toujours conscient de son existence, et il faudrait dans certains renforcer la coordination entre ministères.



Quant à savoir si le poids à la naissance est un indicateur approprié, il se peut que ce facteur intéresse davantage les soins individuels que les programmes de santé publique pour lesquels les tendances peuvent être suivies à l'aide d'enquêtes par sondage qui permettent d'éviter la notification systématique. En moyenne, les agents de santé périphérique passent un tiers de leur temps à consigner des données, activité qu'il faudrait limiter à un minimum.

Des données raisonnables ont été rassemblés sur l'espérance de vie et la mortalité infantile car des recensements ont eu lieu récemment dans la plupart des pays, y compris ceux du Pacifique sud. Quant à l'utilisation des données recueillies, on soulignera à l'occasion des discussions techniques la façon dont certains indicateurs peuvent servir au développement et à la gestion des programmes, en particulier lorsqu'ils sont analysés au niveau national.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) pense que la question de la collecte de l'information sanitaire revêt deux aspects principaux: tout d'abord l'utile série d'indicateurs aujourd'hui disponible doit être appliquée à la mise en place de stratégies nationales de la santé et, ensuite, tous les Etats Membres se sont engagés vis-à-vis de la stratégie mondiale. Pour lui, le Sous-comité du Programme général de travail devrait étudier les meilleurs moyens de rassembler l'information sur les progrès réalisés par les pays, notamment le type de questionnaire à envoyer, et formuler des recommandations au Comité régional à sa prochaine session.

Dans le cadre du processus gestionnaire pour la mise en oeuvre des stratégies mondiale et régionale, le Comité régional a pour tâche de revoir la façon dont la Région travaille à la réalisation des objectifs mondiaux et régionaux. Les six premières questions intéresseront donc le Comité car elles montrent le rythme de progression collective de la Région et le degré de collaboration avec le secrétariat en vue des objectifs. Peut-être serait-il bon qu'à la prochaine session du Comité, tous les Etats Membres soient prêts à débattre de ces questions précises. Chacun d'entre eux devrait également recevoir un exemplaire de la stratégie régionale, du plan d'action régional et de la publication de l'OMS intitulée "Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000" (Série "Santé pour tous", N° 4, 1981).

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique) pense que les observations formulées au Comité montrent qu'on a affaire à une situation dynamique qui va manifestement évoluer. Aussi propose-t-il d'ajouter quelques mots à la suite du dernier paragraphe de la page 3/4 du rapport du Sous-comité pour dire que l'on peut s'attendre à l'avenir à avoir un tableau plus complet et que des améliorations suivront rapidement à mesure que l'expérience s'accumulera.

Le DIRECTEUR REGIONAL fait observer qu'une fois le rapport approuvé, le Comité sera saisi d'un projet de résolution qui sera ensuite transmis au Directeur général en même temps que le compte rendu analytique des séances.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes ajoute que le projet de résolution devrait refléter bon nombre de points de vue exprimés par les membres du Comité.

Le Dr MERCADO (Directeur du développement et de la planification des services de santé) précise que, lorsque pour certaines questions contenues dans le canevas et format communs 23 pays ou zones sur 32 n'ont pas d'information, la situation est grave. Peut-être serait-il bon de revenir à la planification sanitaire en définissant le problème, en élaborant de grands objectifs et en fixant des buts quantifiés, car ceux-ci fournissent automatiquement des indicateurs. Si les pays choisissent des indicateurs mondiaux et les intègrent dans leurs plans en tant qu'objectifs et buts quantifiés, le problème pourrait être évité à l'avenir.

La santé pour tous signifie l'égalité pour tous au niveau de l'état de santé à l'intérieur d'un pays comme entre pays et régions. A moins de répartir les chiffres par zone géographique, on ne pourra jamais allouer les ressources convenablement. Ainsi, seuls six pays ou zones de la Région ont un taux de mortalité infantile supérieur à 50 pour 1000, mais, dans les 26 autres, où le taux est inférieur à ce chiffre, la moyenne nationale masque des taux beaucoup plus élevés dans certaines zones.

Le Dr OGATUTI (Iles Salomon) constate que le nombre de cas de diphtérie fait partie de l'indicateur régional 6. Cette maladie est très rare dans son pays, de sorte que les chiffres ne feront pas apparaître de tendance particulière.

M. SUBRAMANIAN (Conseiller régional pour l'information sanitaire) précise que l'indicateur régional 6 est lié à la stratégie mondiale et au programme élargi de vaccination. Il faut espérer que tous les pays de la Région auront éliminé la diphtérie d'ici l'an 2000.

Le DIRECTEUR REGIONAL note que des cas de diphtérie peuvent survenir si la vaccination n'est pas pratiquée ou si le vaccin utilisé n'est pas efficace; on peut dire que l'indicateur a une fonction de contrôle.

M. NGUYEN DUY CUONG (Viet Nam) appelle une fois de plus l'attention du Comité sur le problème de la malnutrition, que le Conseiller régional pour la nutrition a évoqué. Or, ce n'est pas seulement une question d'apport quotidien en protéines ou en calories; le problème est aussi lié au régime alimentaire d'ensemble de l'enfant, comme au Viet Nam.

Le PRESIDENT reconnaît avec le Directeur du développement et de la planification des services de santé que de simples chiffres présentant une moyenne nationale ne sont pas toujours des indicateurs suffisants; ce qu'il faut, ce sont des indicateurs par zone pour assurer une bonne répartition des ressources dans chaque pays. Peut-être les pays pourraient-ils donner l'intervalle de variation des chiffres ainsi que la moyenne nationale.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT invite les Rapporteurs à préparer compte tenu des observations du Comité un projet de résolution qui sera transmis au Directeur général avec ce document.

## 2. COMPOSITION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL: Point 12.2 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle que le Sous-Comité du Programme général de travail se compose des représentants des pays suivants: Australie, Japon, Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, Tonga et Viet Nam. Le mandat de trois ans des représentants de la Malaisie et de la République de Corée vient à expiration à la présente session du Comité régional. Celui-ci doit donc décider des Etats Membres qui devront désigner des représentants pour les remplacer. Le Comité voudra peut-être envisager de désigner Fidji et Singapour.

Il en est ainsi décidé.

En l'absence d'observation, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer une résolution appropriée.

3. CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE, DU CONSEIL EXECUTIF ET DU COMITE REGIONAL : Point 14 de l'ordre du jour

3.1 Examen des résolutions adoptées par la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la santé et par le Conseil exécutif à sa soixante et onzième session: Point 14.1 de l'ordre du jour (document WPR/RC34/8)

Le DIRECTEUR REGIONAL fait observer que le document WPR/RC34/8 contient les résolutions adoptées par la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif à sa soixante et onzième session, considérées comme ayant une importance pour la Région du Pacifique occidental. L'attention du Comité devrait être attirée sur d'autres résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et ayant trait à d'autres points de l'ordre du jour. Elles seront considérées au fur et à mesure de l'examen de chaque point. Le Comité souhaiterait examiner chaque résolution séparément.

3.1.1. Résolution WHA36.12 - La consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool : élaboration de politiques et de programmes nationaux.

Le DIRECTEUR REGIONAL attire l'attention sur les paragraphes 1 et 2 du dispositif et déclare que le texte du document WPR/RC34/8 constitue une base d'examen de la résolution.

Il n'y a pas de commentaire.

3.1.2. Résolution WHA36.13 - Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement

Le DIRECTEUR REGIONAL attire l'attention sur le paragraphe 2 du dispositif.

Le Dr ZANG BEIXIANG (Chine) déclare que son gouvernement attache une importance considérable à l'approvisionnement en eau dans les zones tant urbaines que rurales et que des progrès ont été peu à peu réalisés. A l'heure actuelle, sur 247 villes, 221 disposent d'un système centralisé d'approvisionnement en eau. Le volume d'eau fourni quotidiennement dépasse aujourd'hui 32 millions de tonnes, soit 13 fois plus qu'en 1949. La population urbaine est à 82% alimentée en eau par canalisations et la consommation quotidienne par tête de 130 litres. Dans les zones rurales, la couverture du réseau est de 40%. Dans la province d'Hopei, 40 contés sont dotés de systèmes d'approvisionnement en eau organisés sur une grande échelle et permettant d'alimenter en eau salubre 80% de la population rurale et, partant, de réduire de 80 à 90% l'incidence des maladies intestinales dues à l'eau. Des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine de la défluoruration de l'eau à trop forte teneur en fluorure et donc d'éliminer ou d'amoinrir la dégénérescence osseuse associée à la fluorose. Dans les zones connaissant une pénurie d'eau, 40 millions d'habitants disposent actuellement de sources d'eau. Il demeure que beaucoup reste encore à faire. 45 millions d'habitants continuent de vivre dans des zones où la teneur en fluorure de l'eau est très élevée, 60 millions ne sont alimentés qu'en eau amère et 150 millions boivent des eaux de surface polluées. La Chine a mis au point des programmes

d'approvisionnement en eau dans le contexte de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement; ces programmes sont en cours de réalisation. Les autorités souhaitent pouvoir coopérer avec l'OMS et d'autres institutions internationales afin de réaliser les objectifs de la Décennie d'ici 1990.

Le Dr LEE (République de Corée) déclare que son Gouvernement accorde actuellement un haut rang de priorité à l'approvisionnement en eau par canalisations, lequel n'est actuellement disponible que jusqu'à concurrence de 86% dans les secteurs urbains et de 53% dans les zones rurales; il est prévu de procéder à des investissements très importants dans ce secteur au cours des dix prochaines années. Compte tenu de l'importance de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, il propose au Comité d'adopter une résolution à ce sujet.

Le Dr OGATUTI (Iles Salomon) déclare qu'en 1978, sur 189 000 habitants, 45 000 n'étaient pas approvisionnés en eau. En coopération avec l'OMS et le Bureau australien d'assistance au développement, un programme d'approvisionnement en eau potable a été élaboré. Après un lent démarrage en 1979, des progrès rapides ont été réalisés et, fin 1982, une tranche complémentaire de 63 000 habitants étaient approvisionnés en eau potable. Les mesures prises dans le domaine de l'évacuation des excréments n'ont pas réellement donné les résultats escomptés.

Le Dr TAPA (Tonga) prie instamment le Comité régional de préparer sur la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement un projet de résolution couvrant les problèmes spécifiques de la Région. Il se déclare convaincu que l'aide de l'OMS se poursuivra.

Le Dr GALVEZ (Philippines) déclare que l'approvisionnement en eau salubre et l'existence de services d'assainissement adéquats sont un élément-clé des soins de santé primaires. Il conviendrait de remanier les politiques existantes à l'appui de la mise en oeuvre, aux Philippines, du programme de la Décennie. Il conviendrait aussi d'adopter une démarche intersectorielle en fonction de laquelle des objectifs spécifiques seraient assignés aux divers organismes. Les organismes ne s'occupant pas des problèmes de santé disposent de ressources susceptibles d'être utilisées à la réalisation des objectifs de la Décennie. La résolution devrait être rédigée de façon à faciliter la réalisation de ces objectifs dans la Région.

Le Dr BIUMAIWAI (Fidji) déclare que son Gouvernement attache une très grande importance à l'approvisionnement adéquat en eau des 600 000 habitants de Fidji. Le taux de précipitation varie considérablement d'une région du pays à l'autre. 94% de la population urbaine et 66% de la population rurale sont approvisionnés en eau traitée. L'approvisionnement en eau occupe une place importante dans le plan de développement de Fidji. Tant le Ministère de la Santé que le Ministère des Travaux publics participent à la réalisation des programmes d'approvisionnement, tout comme d'ailleurs le public, dans le cadre de projets d'auto-assistance. Trois inspecteurs de la santé employés à plein temps et 140 inspecteurs adjoints de la santé participent à ces activités, appuyés par quelque 3 000 employés du Département des travaux publics. Il existe des plans visant à approvisionner en eau la partie occidentale de Fidji et le Gouvernement a dégagé des crédits importants à cet égard au titre du plan quinquennal. Une planification à long terme permettrait d'assurer la réalisation dans les délais voulus de l'objectif de la Décennie en matière d'approvisionnement en eau.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de représentant de la Malaisie, se déclare très favorable à l'adoption par le Comité régional d'une résolution sur la question examinée. Une épidémie de choléra s'est récemment déclarée en Malaisie dans un secteur mal équipé en installations d'assainissement ainsi que dans des zones touchées par la sécheresse dans lesquelles les populations se sont vues contraintes de boire de l'eau de rivière. Un programme d'assainissement et d'approvisionnement en eau est en cours depuis très longtemps. Dans les zones rurales, des latrines équipées ont été construites pour 2 100 000 personnes, et un système d'approvisionnement communautaire en eau a été mis en place pour un million d'habitants. Ces projets sont extrêmement populaires. L'objectif de la Malaisie est d'assurer la couverture totale des zones rurales d'ici 1990 en ce qui concerne les latrines et les systèmes communautaires d'approvisionnement en eau. La question des systèmes d'évacuation des eaux usées dans les grandes villes est actuellement à l'étude. Des programmes pourraient être financés par le recours à des fonds d'origine locale et étrangère.

La séance est levée à 17 heures.